# *CUENTA DE COBRO*

*SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA - ADMINISTRACION TEMPORAL DEL SECTOR SALUD*
*NIT 892115015-1*

**DEBE A:**

**NOMBRE:** **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO**

**IDENTIFICACIÓN:** CC __X__ NIT ____ No. 84.089.836 DE RIOHACHA

**LA SUMA DE:** ($ 3.600.000) TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** (09) NOVENO PAGO

**Contrato No.:** 001 DEL 2021

**DESEMBOLSO No.:** (09) NOVENO PAGO

**OBJETO**: Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión del sistema de información del Programa Ampliado de inmunización del departamento de la Guajira.

**PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:** MES DE OCTUBRE 2021 (30 DIAS)

**FECHA:** OCTUBRE DEL 2021.

**DIRECCION:** CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 201
**CIUDAD:** RIOHACHA

**TELEFONO:** 3014265761

FIRMA

| Secretaría de Salud | PROCESO | GESTIÓN FINANCIERA | Código | GFIF03 |
|---|---|---|---|---|
| | Formato | Certificación pago parcial | Versión | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) Contrato No. | 001 de | 2021 | |
| (2) Nombre del contratista y/o representante legal: | | LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO | |
| (3) Dirección: | CALLE 16 # 7-53 CASA 201 | (4) Teléfono: | 3014265761 |
| (5) Cédula y/o NIT: | 84.089.836 | (6) Correo electrónico: | lema28108@hotmail.com |
| (7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es): | | ARMANDO PULIDO FAJARDO. | |
| (8) Dependencia: | Salud Publica | (9) No. Extensión o teléfono: | 3178936458 |
| (10) Objeto: | Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión del sistema de información del Programa Ampliado de inmunización del departamento de la Guajira. | | |
| (11) Plazo de ejecución: | 10 MESES | | |
| (12) Fecha de inicio: | 18 DE FEBRERO 2021 | (13) Fecha terminación: | 17 DE DICIEMBRE 2021 |
| (14) Valor inicial del contrato: | ($ 36.000.000) TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE | | |
| (15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): | ($ 3.600.000) TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE | | |
| (16) Valor desplazamientos: NO APLICA | | | |
| (17) Adición ($): | | | |
| (18) Prórroga (tiempo) NO APLICA | | | |
| (19) Suspensión NO APLICA | | | |
| (20) Cesión:NO APLICA | | | |
| (21) Concepto del pago: | **NOVENO PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2021. (30 DIAS )** | | |

**Aspecto económico**

| (22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $ | (23) Valor pagado (vigencia) $ | (24) Valor a pagar (vigencia) $ | (25) Saldo liberado (vigencia) $ | (26) Saldo por pagar (vigencia) $ |
|---|---|---|---|---|
| $ 36.000.000 | $ 26.520.000 | $ 3.600.000 | $ 0 | $ 5.880.000 |

**Pago aportes salud - pensiones - parafiscales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| (27) Salud valor aporte: | $ 180.000 | (28) Pensión valor aporte: $ | $ 230.400 |
| (29) ARL: | $ 35.100 | | |
| (30) Planilla de pago No. | 4403010872 | (31) Fecha: | 23 de agosto de 2021 |
| (32) Certificación parafiscales de fecha: NO APLICA | | | |

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista, **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO,** cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato **No. 001 del 2021** , presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito de remision de copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☒ ☐

| | |
|---|---|
| Pago aportes salud - pensiones - parafiscales | ($ 3.600.000) TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE |
| ( 34) **Observaciones:** | |

(35) **Firma responsables:**

**ARMANDO PULIDO FAJARDO**
Supervisor (es)/interventor (es)

| | |
|---|---|
| (36) Fecha: | **MES OCTUBRE 2021** |

| Secretaría de Salud | PROCESO | GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA | Código | GG-PMGS-028 |
|---|---|---|---|---|
| | Formato | INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN<br>Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción | Versión | 02 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | **001 DE 2021** | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | **LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO** | | |
| **Nombre del supervisor y/o interventor** | **ARMANDO PULIDO FAJARDO** | **Teléfono / Extensión** | **3178936458** |
| **Dependencia** | Salud Publica | | |
| **Objeto del contrato** | Prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión del sistema de información del Programa Ampliado de inmunización del departamento de la Guajira. | | |
| **Fecha de inicio** | 18 DE FEBRERO 2021 | **Fecha de terminación** | 19 DE DICIEMBRE 2021 |
| **Período objeto del informe:** | **OCTUBRE 2021** | | |

## INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto recibido | Observaciones o comentarios de Contratista |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Presentar un plan de trabajo y cronograma de actividades para el cumplimiento de las obligaciones, el cual deberá ser concertado y aprobado por el supervisor del contrato, que incluya las estrategias y actividades requeridas, acorde con las necesidades específicas conforme al objeto contractual. | Análisis de las obligaciones específicas para la definición de actividades a programar para su cumplimiento.<br><br>Elaboración de Plan de Trabajo y Cronograma. | Instrumento de plan de trabajo y cronograma Diseñado.<br>Plan de trabajo y cronograma. | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 100 %. |
| 2 | Apoyar técnicamente las actividades relacionadas con el cumplimiento del plan de mantenimiento de la certificación de país libre de la circulación del virus del sarampión y rubeola, en el departamento de La Guajira | Se recibieron inquietudes sobre el funcionamiento del paiweb y se resolvieron de manera oportuna. | Formatos corregidos en la asistencia técnica, correos con instrucciones detalladas sobre las mejoras en la asistencia | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 100 %.. |
| 3 | Apoyo a la coordinación y desarrollo de las jornadas de vacunación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y garantizar la intensificación de las acciones durante el mes programado; en el departamento de La Guajira | Se generaron las coberturas de Octubre 2021 | Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100 %.. |
| 4 | Realizar asistencia técnica y seguimiento en los diferentes componentes del PAI, en el departamento de La Guajira | Comparación de las coberturas obtenidas a nivel local, con la matriz nacional, constatando las equivalencias entre los datos locales y el nivel nacional | Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100 %.. |

| Secretaría de Salud | PROCESO | GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA | Código | GG-PMGS-028 |
|---|---|---|---|---|
| | Formato | **INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN** Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción | Versión | 02 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Consolidar y analizar la información de las visitas de asistencia técnica realizadas en el departamento de La Guajira | Se recibieron consultas sobre el funcionamiento del sistema de información y se brindó la guía y capacitación necesarias para resolverlas | Videos, instructivos, y correos electrónicos donde se brinda capacitación sobre los problemas presentados | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%. |
| 6 | Garantizar la consolidación de datos de manera fiable y completa, a través de la supervisión de la calidad del dato generada en el Programa en el departamento de La Guajira | • Coberturas de Octubre 2021<br>• Movimiento de Biológicos Octubre 2021.<br>• Consolidación de Plantilla Mensual Octubre 2021 | Historial de correos electrónicos y formatos generados por el sistema PAIWEB | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%. |
| 7 | Apoyar el seguimiento al comportamiento de los reportes de eventos Inmunoprevenibles en el departamento de La Guajira | Esta actividad está sujeta a la programación de reuniones liderada por Secretaria de salud Departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI | Historial de correos y formatos generados por el sistema PAIWEB | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100 %.. |
| 8 | Hacer seguimiento a los resultados de coberturas reportadas por las EAPB, de la población asegurada en el departamento de La Guajira, para el logro de las metas de cobertura y esquemas completos de vacunación para la edad | Se realizaron 6 videoconferencia liderada por Secretaria de salud Departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI | Actas | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100% |
| 9 | Articular acciones y seguimiento a la microprogramación en conjunto entre municipios, EAPB, e IPS | Se recibieron consultas sobre el funcionamiento del sistema de información y se brindó la guía y capacitación necesarias para resolverlas. | Videos, instructivos, y correos electrónicos donde se brinda capacitación sobre los problemas presentados | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%. |
| 10 | Apoyar la implementación del proceso de las estrategias tácticas en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el departamento de La Guajira | Esta actividad está sujeta a la programación de reuniones liderada por Secretaria de salud Departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI | Cronograma | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 0% |
| 11 | Desplazarse fuera de la ciudad de Riohacha con ocacion de la ejecución del objeto contractual y en cumplimiento de las | Se recibieron solicitud de cambio y/o Autorizaciones sobre registro digitados en el PAIWEB que se resolvieron de manera oportuna. | Registros de Control de Cambio en el PAIWEB | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100 %.. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | obligaciones del contrato, previa coordinación con el interventor asignado | | | |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

**_____LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO____**
**Firma del Contratista**
**Fecha: OCTUBRE 2021**

**INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato **001** del **2021** , la interventora certifica que:

1. El contratista **Luis Eduardo Medina Arredondo** durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas).

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

3. El contratista cumplió con el requisito establecido, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano de la Secretaria de Salud Departamental de la Guajira.
   SI ☒ NO ☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por Lacontratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contratoen mención.

5. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

**OBSERVACIONES**

**En constancia, firmo:**

**ARMANDO PULIDO FAJARDO.**
Supervisor (es)/Interventor (es)

**Lugar y Fecha: Riohacha, Guajira** OCTUBRE 2021

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | 84089836 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO | RIOHACHA | DEPARTAMENTO | GUAJIRA |
| DIRECCIÓN | CALLE 16 N° 7 - 53 PROGRESO | TELÉFONO | 7777777 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA | | **4411989578** | TIPO DE PLANILLA | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES octubre | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES octubre | AÑO | 2021 |
| DIAS DE MORA | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | 2021/10/20 | NUMERO AUTORIZACIÓN | | | 9997168724 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 230.400 | $ 0 | $ 230.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 230.400 | $ 0 | $ 230.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002 SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 180.000 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 35.100 | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 35.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 35.100 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 84089836 | MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.440.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | [illegible] | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.400 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 SALUD TOTAL | [illegible] | $ 1.440.000 | $ 180.000 | $ 0 | $ 180.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | [illegible] | 1.440.000 | $ 84089836 | $ 35.100 |

PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 445.500 |
|---|---|

Planilla Pagada



5